別記
様式第１号（第５条関係）

山形市不妊治療（先進医療）費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）山形市長

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和７年度山形市不妊治療（先進医療）費助成事業実施要綱第５条第１項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

助成対象治療の助成金の交付状況について、他の地方公共団体等に対し照会・回答を行うこと、本申請の審査に必要な範囲で申請内容の調査・確認を行うことに同意します。

また、本申請に係る審査のため、世帯状況等の関係書類を閲覧することに同意します。

なお、本申請に係る助成対象治療に対し、他の地方公共団体等が実施する助成を受けません。

	夫	妻
(ふりがな) 氏　　名	(　　)	(　　)
生年月日	(和暦)　　年　　月　　日（　　歳）	(和暦)　　年　　月　　日（　　歳）
住　　所 夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入してください。	〒 電話　　（　　）	〒 電話　　（　　）

今回の治療期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日
治療内容 該当するものに☑してください。	□採卵から妊娠確認 □凍結胚移植から妊娠確認 □妊娠確認前に当該治療計画を中止
実施した先進医療 実施したものに☑してください。	□PICSI　□タイムラプス　□子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE) □SEET 法　□子宮内膜受容能検査(ERA/ERPeak)　□IMSI □子宮内膜スクラッチ　□子宮内フローラ検査　□二段階胚移植法 □タクロリムス　□膜構造を用いた生理学的精子選択術 □その他（　　）
治療費支払額 先進医療の支払額を記入してください。	円
助成申請額	円

振込先									
	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協　　本店 支店 出張所							
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人	(申請者と同一)					
	口座番号								(左詰で記入してください。)

（注）太枠内を記入してください。

（山形市収受印）

【申請時添付書類】
① 医療機関発行の領収書及び診療明細書（いずれも原本）
② ３か月以内に発行された戸籍謄本（住民票謄本で確認できる場合は省略可）（事実婚の場合は必須）
③ ３か月以内に発行された住民票謄本（本籍・筆頭者・続柄のあるもの）（山形市民の場合は省略可）
④ 事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合必須）
⑤ 助成金の振込みを希望する口座の通帳の写し